कुपोषित बालकांच्या पूरक आहार व वैद्यकिय
व्यवस्थापनाबाबत एकात्मिक कार्यपध्दती.

महाराष्ट्र शासन
महिला व बाल विकास विभाग
शासन निर्णय क्र. एबावि- २००९/प्र.क्र-१८१/ का-५
नवीन प्रशासन भवन,
३ रा मजला,मंत्रालय, मुंबई ४०० ०३२
दिनांक : ०१ /०१/२०१०

प्रस्तावना :-कुपोषणाच्या समस्येवर मात करण्यासाठी शासनाने गेल्या काही वर्षात विविध उपाययोजना केल्या आहेत. कुपोषण निर्मुलनासाठी महिला व बाल विकास विभाग, आदिवासी विकास विभाग व आरोग्य विभाग यांच्यामार्फत कारवाई करण्यात येते. कुपोषणाचा प्रश्न पाहिल्यास कुपोषणावर मात करण्यासाठी पूरक पोषणआहार देणे आणि वेळीच आवश्यक आरोग्य सेवा पुरवणे या दोन्ही महत्वाच्या बाबी आहेत. किंबहूना पूरक पोषण आणि आरोग्य सेवा या दोन्ही एकत्रितपणे आणि समन्वयाने पुरविल्या तरच हा प्रश्न सोडविता येईल. प्रत्येक कुपोषित बालकावर जाणिवपुर्वक उपाययोजना करणे आवश्यक असते. ही उपाययोजना अंगणवाडी केंद्र, प्राथमिक आरोग्य केंद्र, जिल्हा आरोग्य रुग्णालय या विविध पातळीवर करण्याची आवश्यकता असते, असे शासनाच्या निदर्शनास आले आहे.

एकात्मिक बाल विकास सेवा (एबाविसे) आणि सार्वजनिक आरोग्य विभागाच्या सहकार्याने राजमाता जिजाऊमाता व बाल आरोग्य व पोषण मिशनला राज्यात प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तरावर बाल विकास केंद्रांच्या (CDC - Child Development Centre) अमलबजावणीत चांगले यश मिळालेले आहे. बाल विकास केंद्रामध्ये दाखल केलेल्या मध्यम आणि गंभीर तीव्र कुपोषित बालकांपैकी बहूतांश बालकांना कोणतीही गंभीर वैद्यकिय समस्या नसल्याचे आढळून आले आहे. त्याच प्रमाणे गंभीर तीव्र कुपोषित (SAM)बालकांची मोठी संख्या आणि बाल विकास केंद्राचा (CDC) अनुभव लक्षात घेवून, ग्राम बाल विकास केंद्राची संकल्पना विकसित करून यशस्वीरित्या त्याची अंमलबजावणी करण्यात आली. अशा ग्राम बाल विकास केंद्रात दाखल केलेल्या गंभीर तीव्र कुपोषित (सॅम) बालकांपैकी ७० ते ८० टक्के बालकांचे श्रेणीवर्धन झालेले आहे. मध्यम तीव्र कुपोषित (मॅम) ची संख्या कमी केल्यास गंभीर तीव्र कुपोषणातील संख्येत वाढ होत नाही हे सुध्दा वरील प्रयोगातून दिसून आले आहे. त्याच प्रमाणे नाशिक, लातूर, जळगाव जिल्हयात जिल्हा रुग्णलय पातळीवर कुपोषित बालकांना गरजेनुसार उपाययोजना केल्याने चांगले परिणाम मिळाल्याची उदाहरणे आहेत.

नाशिक विभागात कुपोषित बालकांची छाननी अंगणवाडी पातळी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र येथे होवून त्यानंतर त्यांच्यावर जिल्हा रुग्णालय आणि काही बाबीत स्पेशालिटी हॉस्पीटल येथे उपचार आणि शस्त्रकिया करण्याचा यशस्वी प्रयोग राबविण्यात आला होता. त्याचप्रमाणे जीवनदायी योजनेअंतर्गत कुपोषित दुर्धर / गंभीर आजारावर उदा. ह्दयविकार, मेंदू व मज्जासंस्था अशाही आजारांवर यशस्वी उपचार करण्यात आलेले आहेत.

वरील अनुभव लक्षात घेता बालकांची सर्वांगीण वृध्दी व विकास साधण्यासाठी, बालमृत्यू दर कमी करण्यासाठी आणि कुपोषण या समस्येवर पध्दतशीरपणे (सिस्टेमॅटीक) मात करण्यासाठी ज्यांना आरोग्याच्या गंभीर समस्या नाहीत अशा (मॅम + सॅम) बालकांना **गावपातळीवरील ग्राम विकास केंद्रात** सेवा उपलब्ध करुन देणे तसेच ज्या बालकांना वैद्यकीय समस्येनुरुप (एकुण मॅम + सॅम बालकांच्या दहा टक्के अंदाजे) त्यांना **ग्रामीण / जिल्हा रूग्णालय पातळीवरील बाल विकास केंद्रात** आणि त्यापलीकडे जावून **वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी हॉस्पीटल्स** मध्ये बालकांचे एकात्मिक व्यवस्थापन करण्याची बाब शासनाच्या विचाराधीन होती.

शासन निर्णय:-

राज्य शासनाने महिला व बाल विकास विभागांतर्गत एकात्मिक बाल विकास सेवा योजना आणि सार्वजनिक आरोग्य विभागांतर्गत राष्ट्रीय ग्रामीण आरोग्य अभियान / RCH-II यांच्या समन्वयाने सहा वर्षाखालील मध्यम आणि गंभीर तीव्र कुपोषित (मॅम + सॅम) बालकांचे एकात्मिक व्यवस्थापन करण्याचा निर्णय घेतला आहे. या शासन निर्णयाची अंमलबजावणी गावपातळीवर ग्राम-बाल विकास केंद्रात (अंगणवाडी केंद्रात), प्राथमिक आरोग्य केंद्रात, ग्रामीण रुग्णालयात, उपजिल्हा आणि जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात करण्यात येईल. रुग्णालय पातळीवरील बाल विकास केंद्रात बालकांचे श्रेणीवर्धन झाले नाही तर अशा बालकांवर वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी रुग्णालयात उपचार करुन श्रेणीवर्धन करण्यात येईल. अशा प्रकारे कुपोषित बालकांचे व्यवस्थापन खालील पाच टप्प्यात करण्यांत येईल.

प्रथम स्तर	- अंगणवाडी केंद्र पातळीवरील	- ग्राम बाल विकास केंद्र
द्वितीय स्तर	- प्राथमिक आरोग्य केंद्रावरील	- बाल विकास केंद्र
तृतीय स्तर	- ग्रामीण/उप जिल्हा रुग्णालय पातळीवरील	- बाल विकास केद्र
चतूर्थ स्तर	- जिल्हा रुग्णालय पातळीवरील	- बाल विकास केद्र
पंचम स्तर	- वैद्यकीय महाविद्यालय/सुपर स्पेशालीटी रुग्णालय पातळीवरील उपचार.	

मध्यम आणि गंभीर तीव्र कुपोषित बालकांची प्राथमिक छानली अंगणवाडी केंद्रस्तरावर होईल आणि त्यांना ग्राम बाल विकास केंद्रात विशेष सेवा उपलब्ध केल्या जातील आणि श्रेणीवर्धनाचे प्रयत्न केले जातील. ज्या बालकांचे श्रेणीवर्धन अंगणवाडीस्तरावर होणार नाहीत आणि ज्यांना अधिक उपचाराची गरज आहे त्यांना पुढीलस्तरावर म्हणजे प्राथमिक आरोग्य केंद्रात, ग्रामीण / उपजिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात उपचार देण्यात येतील. यापुढे सूध्दा बालकांना जास्तीच्या उपचाराची आवश्यकता असेल तर जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात दाखल करण्यात येईल. बालकांना शस्त्रक्रियेची किंवा कोणत्याही गंभीर दुर्धर आजारावर जिल्हा रुग्णालयात उपचार होवू शकत नाहीत, अशा बालकांना वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी हॉस्पीटलमध्ये उपचारासाठी दाखल करण्यात येईल. वरील प्रत्येक पातळीवर वैद्यकीय अधिकारी आणि बाल रोग तज्ज्ञ यांच्यामार्फत तपासणी करुन कोणत्या बालकांना कोणत्या पातळीवर उपचाराची गरज आहे हे पाहण्याची संपूर्ण जबाबदारी ग्रामीण भागात जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद, नागरी भागात नगर पालिका क्षेत्रात जिल्हा शल्यचिकित्सक तसेच महानगरपालिका क्षेत्रात आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका यांची राहील.

२. **प्रथम स्तर -** ग्राम बाल विकास केंद्र (Village Child Development Centre) :

सहा वर्षा खालील मध्यम आणि गंभीर तीव्र कुपोषित (मॅम + सॅम) बालकांचे प्रमाण कमी करण्यासाठी आणि मातांना बालसंगोपनासाठी सक्षम करण्यासाठी ग्राम बाल विकास केंद्र हे प्रभावी माध्यम आहे. ग्राम बाल विकास केंद्राची ठळक वैशिष्ट्ये खालील प्रमाणे असतील.

२.१ ग्राम बाल विकास केंद्र (VCDC) हे गाव पातळीवर प्रत्येक अंगणवाडी केंद्रांत घेण्यात येईल आणि या केंद्राची प्रमूख अंगणवाडी सेविका असेल. या केंद्रात आहार व आरोग्य सेवा दिल्या जातील आणि मातांचे सक्षमीकरण करण्यात येईल.

२.२ ग्राम बाल विकास केंद्राचा (VCDC) कालावधी सुट्या वगळून ३० दिवसाचा राहील. त्यानंतर अशा बालकांच्या वृध्दीसंनियंत्रणाचा पाठपूरावा एक वर्षापर्यंत एबाविसेयो यंत्रणेकडुन करण्यात येईल. या बालकांच्या श्रेणीवर्धनाची जबाबदारी एबाविसेयो पर्यवेक्षिका आणि अंगणवाडी सेविका यांची असेल.

२.३ ग्राम बाल विकास केंद्राची वेळ सकाळी ८.०० ते १२.०० आणि सायंकाळी ४.०० ते.६.०० अशी राहील.

२.४ जागतीक आरोग्य संघटनेच्या नवीन मापदंडानुसार लांबी / उंचीनूसार वजन (Wasting) या निकषाप्रमाणे <-२SD (मॅम + सॅम)बालके ग्राम बाल विकास केंद्रात सेवा घेण्यास पात्र राहतील.

२.५ निवड केलेल्या बालकांपैकी सहा महिने ते सहा वर्षाखालील बालकांचा ग्राम बाल विकास केंद्रात समावेश राहील. मात्र सहा महिन्याच्या आतील बालकांना बालरोगतज्ज्ञांकडे विशेष सेवेकरीता संदर्भित करण्यात येईल.

२.६ मॅम आणि सॅम मधील दुर्धर व गंभीर आजारी बालकांना उपचाराच्या आवश्यक असलेल्या सुविधा ग्राम बाल विकास (VCDC)केंद्रात उपलब्ध नसल्यामूळे त्यांना या केंद्रात दाखल न करता प्राथमिक आरोग्य केंद्रात, ग्रामीण, उपजिल्हा, जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात (CDC) दाखल करण्यात येईल.

२.७ ग्राम बाल विकास केंद्रासाठी, प्रतीबालक प्रतीदिन रुपये ३०/-खर्चाची मर्यादा राहील आणि प्रत्येक केंद्रात कमाल १५ बालकांचा समावेश राहील.

३. **ग्राम बाल विकास केंद्राची (VCDC) अंमलबजावणी संहिता:**

ग्राम बाल विकास केंद्राचे नियोजन सुत्रबद्धपध्दतीने व्हावे यासाठी कामकाजाची विभागणी खालील चार संहितेमध्ये करण्यात आलेली असून ग्राम बाल विकास केंद्राचे नियोजन व अमलबजावणी या संहिते प्रमाणे करण्यात यावी.

३.१ आरोग्य संहिता:- निवड केलेल्या बालकांची निकषाप्रमाणे खात्री करणे, आरोग्य तपासणी करुन नोंदी ठेवणे, औषधीची मात्रा बालकनिहाय निश्चित करणे, किरकोळ आजार असल्यास त्याचे निदान करून आवश्यकतेनूसार उपचार सुरु करणे, गंभीर / दुर्धर आजारी बालकांना संदर्भीत करणे, बालरोग तज्ज्ञांचा सल्ला घेणे तसेच आवश्यकतेप्रमाणे तपासण्या / चाचण्या करणे या व इतर सर्व अनूषंगीक जबाबदाऱ्या वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या असतील.

३.२ आहार संहिता:- अंगणवाडीमध्ये दररोज मिळाणाऱ्या दोन वेळेच्या आहारा व्यतिरीक्त बाळ कोपरा तयार करणे, तीन वेळेचा विशेष आहार ग्राम बाल विकास केंद्रात तयार करून देण्याची जबाबदारी अंगणवाडी सेविकांची असून त्यावरील पर्यवेक्षणाची जबाबदारी पर्यवेक्षिका, एबाविसेयो यांची असेल.

३.३ प्रशिक्षण संहिता:- मातांना बालकांचा आहार तयार करणे, आहारात तेलाचा व प्रथिनांचा योग्य वापर, बाळ कोपरा, आहार खाऊ घालण्याच्या वेळा, हात धूण्याचे प्रशिक्षण, वैयक्तिक व परीसर स्वच्छता, बालकाची आरोग्यविषयक काळजी, आजारातील आणि आजारानंतरचा आहार व घ्यावयाची काळजी आदीबाबतची माहिती देवून माताचे सक्षमीकरण करण्याची जबाबादारी अंगणवाडी सेविका, ए.एन.एम.,एम.पी.डब्लू., एबाविसेयो पर्यवेक्षिका यांची असेल.

३.४ सनियंत्रण संहिता:- ग्राम बाल विकास केंद्रामध्ये दाखल करण्यात आलेल्या बालकांचे वय, लांबी/उंची व वजनाचे आठवडी संनियंत्रण आणि ग्राम बाल विकास केंद्राच्या कालावधीनंतर पुढील एक वर्षाच्या काळात मासिक वृध्दीसंनियंत्रण करण्यात येईल. ज्या बालकांमध्ये सुधारणा होणार नाही अशी बालके वैद्यकीय अधिकारी हे ग्रामीण / जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात संदर्भीत करतील.

ग्राम बाल विकास केंद्र सुरु करण्यापुर्वी संबंधीत जिल्हा / तालूका प्रशासनाने सोबतच्या परिशिष्ट-१ मधील मुद्यांची पूर्तता झाली आहे याची खात्री करुनच केंद्र सुरु करण्याची परवानगी द्यावी.

४. निकषाप्रमाणे बालकांच्या निवडीची कार्यपध्दती:-

४.१) बालकांचे सर्वेक्षण व प्राथमिक निवडसूची:- अंगणवाडी सेविकेच्या मदतीने पर्यवेक्षिका, एबाविसेयो यांनी अंगणवाडी केंद्रातील ० ते सहा वर्षे वयोगटातील सर्व बालकांची स्वत: लांबी/उंची आणि वजन घेऊन <-२SD (मॅम + सॅम) बालकांची प्राथमिक निवडसूची तयार करावी.

४.२) प्राधान्यक्रमानूसार अंतीम निवडसूची:- वैद्यकीय अधिकाऱ्याने प्राथमिक निवडसूचीमधील प्रत्येक बालकाची स्वत: लांबी /उंची व वजन घेऊन <-२SD (मॅम + सॅम) निश्चित करावे आणि या बालकांमधून खालील प्राधान्यक्रमाने अंतीम निवडसूची तयार करावी.

i. गंभीर तीव्र कुपोषित बालके (सॅम)

ii. मध्यम तीव्र कुपोषित बालके (मॅम) जे सॅमच्या सिमारेषेजवळ आहेत.

iii. ६महिने ते ३ वर्षे वयोगटातील सर्व मध्यम तीव्र कुपोषित बालके (मॅम)

iv. ३ते ६ वर्षे वयोगटातील सर्व मध्यम तीव्र कुपोषित बालके (मॅम)

मात्र सहा महिन्याखालील सर्व सॅम बालकांना आणि जी बालके गंभीर व दुर्धर आजारी आहेत, अशा बालकांचा समावेश वरील निवडसूचीत न करता त्यांना बालरोग तज्ज्ञ / वरीष्ठ रुग्णालयात संदर्भीत करुन श्रेणीवर्धन व उपचारासाठी पाठपूरावा करावा.

५. प्रतीबालक खर्चाचा तपशील आणि निधीचा स्त्रोत:

आर.सी.एच.- II अंतर्गत बाल आरोग्य लेखाशिर्ष व एन.आर.एच.एमच्या मंजुर पीआयपीमध्ये ग्राम आरोग्य पोषण, पाणी पुरवठा व स्वच्छता समिती खालील शिर्षाखाली कुपोषीत बालकांच्या श्रेणीवर्धनासाठी तरतूद करण्यात आली आहे. त्या तरतूदीतून खालील प्रमाणे खर्च भागवण्यात यावा.

ग्राम बाल विकास केंद्राचा प्रती बालक प्रतिदिन खर्चाचा तपशील आणि निधीचा स्त्रोत खालीलप्रमाणे राहील.

अ. क्र.	बाब	प्रतिदिन प्रतिबालक खर्च	निधीचा स्त्रोत लेखा शिर्ष
१	तीन वेळेचा आहार	रु १६.००	RCH-II Child Health:- २.६ Care of sick children and severe malnutrition. २.७- Management of Diarrhoea, ARI and Micronutrient Malnutrition. २.८- Other Strategies/ Activities.
२	औषधी -शक्यतो प्राथमिक आरोग्य केंद्रातून घ्यावे	रु. ८.००	
३	अंगणवाडी सेविका रु. १/आणि मदतनीस रु.१/- प्रमाणे मानधन	रु २.००	B.1 Village Health Sanitation and water Supply Committee.
४.	आहार तयार करण्याची मजूरी	रु. २.००	B.1 Village Health Sanitation and water Supply Committee.
५	इंधन	रु. २.००	B.1 Village Health Sanitation and water Supply Committee.
६	**एकुण**	**रु. ३०.००**	
७	अंगणवाडी केंद्राची किरकोळ डागडूजी, सुशोभीकरण, फलक/ चार्ट, बाळ कोपरा इ. साठी खर्च.	रु. १०००.००	B.1 एकवेळचा वार्षिक खर्च

ग्राम बाल विकास केंद्र सुरु करण्यापुर्वी संबंधीत अंगणवाडी सेविकेला बालकसंख्येनुसार पूर्ण अग्रीम रोखीने किमान दहा दिवस अगोदर निधी उपलब्ध करुन द्यावा. त्यांना रक्कम उपलब्ध करुन देण्याची संपूर्ण जबाबदारी संबंधीत मुख्य कार्यकारी अधिकारी, उप मुख्य कार्यकारी अधिकारी (पंचायत/बाल विकास), जिल्हा आरोग्य अधिकारी, तालूका आरोग्य अधिकारी आणि बाल विकास प्रकल्प अधिकारी यांची राहील.

ग्राम बाल विकास केंद्रात आणि ग्राम बाल विकास केंद्रातील कालावधीनंतर बालकांच्या वृध्दीसंनियंत्रणाची संपुर्ण जबाबदारी एकात्मिक बाल विकास सेवा योजनेतील यंत्रणेची राहील. या वृध्दीसंनियंत्रणात आरोग्याचे प्रश्न निर्माण होवू नयेत म्हणून प्रतिबंधात्मक उपाययोजना करणे आणि आरोग्य समस्या उदभवल्यानंतर उपचारात्मक

उपाययोजना करण्याची संपूर्ण जबाबदारी आरोग्य यंत्रणेची राहील. ग्राम बाल विकास केंद्रात दाखल करुन सुध्दा जी बालके मध्यम / गंभीर तीव्र कुपोषणातून बाहेर येणार नाहीत अशा बालकांना प्राथमिक आरोग्य केंद्र, ग्रामीण रुग्णालय, उप जिल्हा रुग्णालय, जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात किंवा सुपर स्पेशालिटी हॉस्पीटल / वैद्यकीय महाविद्यालयात संदर्भित करुन त्यांना आवश्यक त्या सेवा उपलब्ध करुन देण्याची जबाबदारी जिल्हा आरोग्य यंत्रणेची असेल.

६. द्वितीय स्तर - बाल विकास केंद्र, प्राथमिक आरोग्य केंद्र स्तर (Child Development Centre) :-

ग्राम बाल विकास केंद्रात सूधारणा न झालेली तसेच सहा महिन्याखालील अति तीव्र कुपोषित बालकांना आणि गंभीर व दुर्धर आजारी बालकांना वरील प्राथमिक आरोग्य केंद्रावर बाल विकास केंद्रात सेवा उपलब्ध करुन दिल्या जातील. या बालकांच्या रोगनिदानासाठी आवश्यक असलेल्या चाचण्या, तपासण्या (Path tests / investigations) संबंधीत बाल रोगतज्ज्ञांच्या सल्ल्याने कराव्यात. यासाठी आवश्यक तो खर्च RCH-II A 2.6, A 2.7 मधून करावा.

ग्रामीण भागातील अति तीव्र कुपोषित-SAM बालकांना वरील बाल विकास केंद्रात दाखल करण्याची जबाबदारी जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि मुख्य कार्यकारी अधिकारी यांची राहील. **वरील बाल विकास केंद्रात संदर्भीत केलेल्या आहार व औषधोपचाराच्या सेवेद्वारे एकात्मिक व्यवस्थापन करण्याची जबाबदारी जिल्हा शल्यचिकित्सक आणि वैद्यकीय अधिक्षक यांची राहील.**

बाल विकास केंद्रासाठी कार्यनियमावली :-

६.१ वैद्यकिय अधिकारी प्राथमिक आरोग्य केंद्र हे बाल विकास केंद्राचे प्रमूख असतील व संपूर्ण संनियंत्रण करतील. आहार व औषधोपचाराच्या सेवेद्वारे एकात्मिक व्यवस्थापन करण्याची जबाबदारी जिल्हा शल्यचिकित्सकांच्या नियंत्रणाखाली वैद्यकीय अधीक्षक यांची राहील.

६.२ बाल विकास केंद्रात एका वेळी १० ते १५ बालकांना दाखल करावे. बाल विकास केंद्रात दाखल झालेल्या बालकांवर खालील बाबींचे काटेकोरपणे पालन करुन किमान २१ दिवस उपचार करण्यात यावेत.

६.३ बाल विकास केंद्रासाठी स्वतंत्र कक्ष / वार्डची स्थापना करावी. तेथे बालकांसाठी स्वतंत्र कॉट, पाळणा, खेळणी व बालकांच्या मनोरंजनाची साधने उपलब्ध करावी.

६.४ बालकांना बालरोग तज्ज्ञ / विशेष तज्ज्ञामार्फत तपासणीची आवश्यकता असेल आणि असे तज्ज्ञ रुग्णालयस्तरावर उपलब्ध नसतील तर तशा तज्ज्ञांना बाहेरुन बोलविण्याची मूभा असेल. त्यांच्या तपासणीचा खर्च शासनाच्या उपलब्ध निधीतून करण्यात यावा.

६.५ राजमाता जिजाऊ मिशनने तयार केलेल्या आहार संहितेप्रमाणे आहार उपलब्ध करावा. मिशनच्या आहार संहितेप्रमाणे आहाराची गुणवत्ता योग्य असल्याबाबत पर्यवेक्षिका एबाविसेयो आणी बाल विकास प्रकल्प अधिकाऱ्यांकडून खात्री करावी.

६.६ प्रतीदिन प्रतीबालक खर्च रुपये १६०/- असेल. माता / पालकाच्या बुडीत मजूरीपोटी रुपये ६०/- तसेच बालक आणि माता / पालकाच्या आहार, बालकासाठी सुक्ष्म अन्नघटकांसाठी रुपये १००/- खर्च करण्यात यावा. आहाराच्या गुणवत्तेमध्ये कोणत्याही प्रकारे तडजोड करण्यात येवू नये.

६.७ बालकांच्या वैद्यकीय चाचण्या / तपासण्यासाठी लागणारा खर्च प्राथमिक आरोग्य केंद्र रुग्ण कल्याण समितीच्या व जागतिक ग्रामीण आरोग्य मिशन निधीतून करावा. ज्या चाचण्या रुग्णालयस्तरावर होत नाहीत, अशा चाचण्या बाहेरुन (खाजगी) करुन घेण्याची मूभा असेल.

६.८ ग्रामीण भागातील गंभीर तीव्र कुपोषित - सॅम बालकांना बाल विकास केंद्रात दाखल करण्याची जबाबदारी संबंधीत वैद्यकीय अधिकारी, जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि मुख्य कार्यकारी अधिकारी यांची राहील.

६.९ प्राथमिक आरोग्य केंद्र पातळीवरील बाल विकास केंद्रांना लागणारा निधी उपलब्ध करुन देण्याची आणि संनियंत्रणाची जबाबदारी संबंधीत जिल्हा आरोग्य सोसायटीचे अध्यक्ष तथा जिल्हाधिकारी, सहअध्यक्ष तथा मुख्य कार्यकारी अधिकारी आणि सचिव तथा जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांची राहील. हा खर्च सा.आ.वि.च्या लेखशिर्ष

RCH - A-२.६, A-२.७ किंवा रूग्ण कल्याण समितीतून खाली करण्यात यावा.

७. तृतीय स्तर - ग्रामीण रुग्णालयातील बाल विकास केंद्र (Child Development Centre) :-

ग्रामीण रुग्णालय, उप जिल्हा रुग्णालयस्तरावर **बाल विकास केंद्र** स्थापन करुन जागतिक आरोग्य संघटनेने निश्चित केलेल्या संहितेप्रमाणे आहार व औषधोपचाराच्या सेवेद्वारे (Integrated Management of Severe Acute Malnutrition - IM-SAM) गंभीर तीव्र कुपोषित बालकांचे - एकात्मिक व्यवस्थापन करण्यात येईल. प्राथमिक आरोग्य केंद्र बाल विकास केंद्रात सूधारणा न झालेली तसेच सहा महिन्याखालील गंभीर तीव्र कुपोषित बालकांना आणि गंभीर व दुर्धर आजारी बालकांवरील बाल विकास केंद्रात सेवा उपलब्ध करुन दिल्या जातील.

वरील बाल विकास केंद्रात दाखल करण्यात येणाऱ्या पात्र बालकांना किमान २१ दिवस ग्रामीण रुग्णालयात राहण्यासाठी स्वतंत्र व्यवस्था करावी. बालकाच्या पालकांची किमान २१ दिवस बालकांसोबत राहण्याची मानसिकता तयार करावी. प्रकल्प स्तरावरील तालुका आरोग्य अधिकारी आणि बाल विकास प्रकल्प अधिकाऱ्यांनी बाल विकास केंद्रात किती बालके दाखल करावयाची आहेत, याबाबतचे नियोजन अधीक्षक, ग्रामीण रुग्णालय यांच्यासहकार्याने करावे. या नियोजनाप्रमाणे प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या वाहनाने अशा बालकांना ग्रामीण / उपजिल्हा रुग्णालयात स्थलांतरीत करावे. **ग्रामीण आरोग्य केंद्र पातळीवरील कार्यनियमावली ग्रामीण रूग्णालय पातळीवर लागू राहील.**

८. चतुर्थ स्तर - जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्र (Child Development Centre):-

जिल्हा रुग्णालयस्तरावर **बाल विकास केंद्र** स्थापन करुन (IM-SAM) गंभीर तीव्र कुपोषित बालकांचे - एकात्मिक व्यवस्थापन करण्यात येईल. ग्रामीण / उपजिल्हा रुग्णालयस्तरावरील बाल विकास केंद्रात सूधारणा न झालेल्या बालकांना वरील बाल विकास केंद्रात सेवा उपलब्ध करुन दिल्या जातील. या बालकांच्या रोगनिदानासाठी

आवश्यक असलेल्या चाचण्या, तपासण्या (Path. tests / investigations) संबंधीत बाल रोगतज्ज्ञांच्या / विशेष तज्ज्ञांच्या सल्ल्याने कराव्यात.

जिल्हा रुग्णालयस्तरावरील बाल विकास केंद्रात दाखल करण्यात येणाऱ्या सर्व पात्र बालकांना आवश्यकतेप्रमाणे जिल्हा रुग्णालयात राहण्यासाठी स्वतंत्र कक्ष / वार्डात व्यवस्था करावी. बालकाच्या पालकांची जिल्हा रुग्णालयात किती दिवस बालकांसोबत राहावे लागेल याची मानसिकता तयार करावी. जिल्हा स्तरावरील जिल्हा आरोग्य अधिकारी, उप मुख्य कार्यकारी अधिकारी (बाल विकास), मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा परिषद आणि नागरी क्षेत्रातील महानगरपालिकेचे आरोग्य अधिकारी, आयुक्त महानगरपालिका, नगरपालिकेचे मुख्याधिकारी, जिल्हा शल्यचिकित्सक आणि जिल्हाधिकारी यांनी जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात किती बालके दाखल करावयाची आहेत, याबाबतचे नियोजन करावे. या नियोजनाप्रमाणे शासकीय खर्चाने /वाहनाने अशा बालकांना जिल्हा रुग्णालयातील बाल विकास केंद्रात स्थलांतरीत करावे. **सर्वसाधारणपणे जिल्हा रुग्णालय - बाल विकास केंद्राची कार्यपध्दती खालीलप्रमाणे असेल-**

८.१ जिल्हा शल्यचिकित्सक, जिल्हा रुग्णालय हे बाल विकास केंद्राचे प्रमूख असतील व संपूर्ण संनियंत्रण करतील.

८.२ बाल विकास केंद्रात आवश्यकतेनुसार बालकांना दाखल करावे व उपचाराच्या आवश्यकतेनूसार बालकनिहाय कालमर्यादा वेगवेगळी राहील.

८.३ बाल विकास केंद्रासाठी स्वतंत्र कक्ष / वार्डची स्थापना करावी. तेथे बालकांसाठी स्वतंत्र कॉट, पाळणा, खेळणी व बालकांच्या मनोरंजनाची साधने उपलब्ध करावी.

८.४ बालकांना बालरोग तज्ज्ञ / विशेष तज्ज्ञामार्फत तपासणीची आवश्यकता असेल आणि असे तज्ज्ञ रुग्णालयस्तरावर उपलब्ध नसतील तर तशा तज्ज्ञांना बाहेरुन बोलविण्याची मूभा असेल. त्यांच्या तपासणीचा खर्च शासनाच्या उपलब्ध निधीतून करण्यात यावा.

८.५ राजमाता जिजाऊ मिशनने तयार केलेल्या आहार संहितेप्रमाणे आहार देण्याची गरज असेल तर तोच आहार कायम ठेवावा. बालकाला जर वेगळया आहाराची आवश्यकता असेल तर आहारात तसा बदल करुन आहार उपलब्ध करावा. आहाराची गुणवत्ता योग्य असल्याबाबत जिल्हा रुग्णालयातील आहारतज्ज्ञामार्फत (डायटीशीयन) खात्री करावी.

८.६ जिल्हा पातळीवर प्रतीदिन प्रतीबालक खर्चाचा दर ठरविता येणार नाही. यास्तरावर बालकांना दिल्या जाणाऱ्या सेवा गुंतागुंतीच्या असल्याने अशा बालकांवर लागणाऱ्या खर्चाची मान्यता देण्याचे अधिकार संबंधीत जिल्हाधिकारी यांना प्रदान करण्यात येत आहे. जिल्हाधिकाऱ्यांनी खालील तीन स्त्रोतामधून सदरचा खर्च समप्रमाणात विभागून खर्चास मान्यता द्यावी.-

- एनआरएचएम - सीटीसी निधी. (NRHM - CTC)
- एनआरएचएम - रुग्णकल्याण समितीचा निधी. (NRHM - RKS)
- आयपीएचएस निधी. (IPHS)

वरील करण्यात येणाऱ्या खर्चामध्ये संहितेप्रमाणे होणाऱ्या आहार व औषधीच्या खर्चाव्यतिरिक्त माता / पालकाच्या बुडीत मजूरीपोटी रुपये ६०/- प्रतीदिन, बालकासाठी सुक्ष्म अन्नघटक औषधीचा खर्च, बाहेरच्या विशेष तज्ज्ञांच्या तपासणीची फीस आणि वैद्यकीय चाचण्या / तपासण्यासाठी लागणारा खर्च अंतर्भूत असावा.

८.७ बालकांच्या ज्या वैद्यकीय चाचण्या / तपासण्या जिल्हा रुग्णालयस्तरावर होत नाहीत, अशा चाचण्या बाहेरुन (खाजगी) करुन घेण्याची मूभा असेल.

८.८ ग्रामीण भागातील गंभीर तीव्र कुपोषित - सॅम बालकांना बाल विकास केंद्रात दाखल करण्याची जबाबदारी संबंधीत वैद्यकीय अधिकारी, जिल्हा आरोग्य अधिकारी आणि मुख्य कार्यकारी अधिकारी यांची राहील.

८.९ नगरपालिका क्षेत्रात गंभीर तीव्र कुपोषित - सॅम बालकांना बाल विकास केंद्रात दाखल करण्याची जबाबदारी मुख्याधिकारी नगरपालिका, जिल्हा शल्यचिकित्सक आणि जिल्हाधिकारी यांची राहील.

८.१० वरील बाल विकास केंद्रात संदर्भीत केलेल्या बालकांना आहार व औषधोपचाराच्या सेवेद्वारे एकात्मिक व्यवस्थापन करण्याची जबाबदारी जिल्हा शल्यचिकित्सक यांची राहील.

८.११ जिल्हा आरोग्य सोसायटीकडून जिल्हा शल्यचिकित्सक रुग्णालय यांना लागणारा आवश्यक निधी वितरीत करण्यात यावा. जिल्हा रुग्णालय पातळीवरील बाल विकास केंद्रांना लागणारा निधी उपलब्ध करुन देण्याची आणि संनियंत्रणाची जबाबदारी संबंधीत जिल्हा आरोग्य सोसायटीचे अध्यक्ष तथा जिल्हाधिकारी, सहअध्यक्ष तथा मुख्य कार्यकारी अधिकारी आणि सचिव तथा जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांची राहील.

९. पंचम स्तर - वैद्यकीय महाविद्यालय/सुपर स्पेशालीटी रुग्णालय पातळीवरील उपचार.

९.१ ज्या कुपोषित (सॅम) बालकांचे द्वितीय आणि तृतीयस्तरावरील बाल विकास केंद्रात श्रेणीवर्धन झाले नाही, अशा सर्व बालकांना चतूर्थस्तरावरील वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी रुग्णालय पातळीवर उपचारासाठी दाखल करावे. बालकांना दाखल करण्याची जबाबदारी ग्रामीण भागाकरीता जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद, नगरपालीका क्षेत्राकरीता जिल्हा शल्यचिकित्सक आणि महानगरपालिका क्षेत्राकरीता आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका यांची असेल.

९.२ कुपोषित (सॅम) बालकाच्या आजाराची मातेस / पालकास मेडीकल सोशल वर्करकडून व्यवस्थीत माहिती देवून समूपदेशन करण्यात यावे.

९.३ शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय / शासकीय सुपर स्पेशालीटी रुग्णालयात सूविधा उपलब्ध नसतील तर खाजगी क्षेत्रातील वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी रुग्णालयातील सेवा कुपोषित (सॅम) बालकासाठी उपलब्ध करुन देता येतील.

९.४ वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी रुग्णालय पातळीवर प्रतिदिन प्रतीबालक खर्च ठरविता येणार नाही. येथील उपचार सूध्दा गुंतागुतींचे असल्याने बालकाच्या खर्चावरील मान्यतेचे अधिकार जिल्हाधिकारी यांना प्रदान करण्यात येत आहेत.

९.५ वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी रुग्णालय पातळीवर मातेला/पालकाला बुडीत मजूरीपोटी रुपये ६०/- प्रतीदिन देण्यासाठी मान्यता देण्यात येत असून मातेला / पालकाला रुग्णालय पातळीवर आहार देण्यासाठी विशेष बाब म्हणून मान्यता देण्यात येत आहे.

९.६ कुपोषित (सॅम) बालकांना वैद्यकीय महाविद्यालय / सुपर स्पेशालीटी रुग्णालय पातळीवर बालकाचा आहार व औषधी, माता / पालकाचा आहार, माता / पालकाची बुडीत मजूरीपोटी रुपये ७०/- प्रतीदिन, बालकासाठी सुक्ष्म अन्नघटक औषधीचा खर्च, आवश्यकतेनुसार बाहेरच्या विशेष तज्ज्ञांच्या तपासणीची फीस, वैद्यकीय चाचण्या / तपासण्यासाठी खर्च, आवश्यकतेनूसार उपचार व शस्त्रक्रियेसाठी खर्चसुध्दा जिल्हा आरोग्य सोसायटीमधून खर्च करण्यांत यावा.

९.७ कुपोषित (सॅम) बालकाचा आजार हा ह्दयरोग, कर्करोग किंवा मेंदूचा / मज्जासंस्थेचा आजार असल्यास त्या आजारावरील उपचार व शस्त्रक्रियेसाठी लागणारा खर्च **जीवनदायी आरोग्य योजने**तून करावा. **जीवनदायी आरोग्य योजने**तून उपचार व शस्त्रक्रियेसाठी निधी कमी पडत असेल तर जिल्हा RCH अथवा आरोग्य सोसायटीतील इतर उपलब्ध निधीतून अतिरिक्त खर्च भागवावा. बालकांच्या इतर आजारावरील उपचार / शस्त्रक्रिया करण्यासाठी लागणारा खर्च जिल्हा आरोग्य सोसायटीच्या उपलब्ध निधीतून करावा.

९.८ चतुर्थस्तरावर बालकांच्या उपचार, आहार व आरोग्य सेवेसाठी लागणारा वरील संपूर्ण खर्च उपलब्ध करुन देण्याची जबाबदारी संबंधीत जिल्हा आरोग्य सोसायटीचे अध्यक्ष तथा जिल्हाधिकारी, सहअध्यक्ष तथा मुख्य कार्यकारी अधिकारी आणि सचिव तथा जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांची राहील.

१०. संबंधीत विभागाने दरवर्षीच्या नियोजनात बाल विकास केंद्रासाठी / ग्राम बाल विकास केंद्रासाठी लागणारी आवश्यक ती तरतूद योजनेच्या / प्रकल्पाच्या अर्थसंकल्पात करावी.

११. रुग्णालयातील स्थानिक परिस्थितीनूसार बालकांच्या उपचारासाठी गरजेनुसार लागणारा निधी खर्च करण्याचे संपूर्ण अधिकार या शासननिर्णयाद्वारे जिल्हाधिकारी तथा अध्यक्ष, जिल्हा आरोग्य सोसायटी यांना प्रदान करण्यात येत आहे. आवश्यकतेनुसार बाल विकास केंद्रासाठी अग्रीम निधी मंजूर करुन वितरीत करण्याचे संपुर्ण अधिकारसुध्दा जिल्हाधिकारी यांना प्रदान करण्यात येत आहेत.

१२. ग्राम बाल विकास केंद्राची अंमलबजावणी करण्यासाठी प्रशिक्षकांचे प्रशिक्षण (ToT) राजमाता जिजाऊ माता-बाल आरोग्य व पोषण मिशनमार्फत घेण्यात येईल. या प्रशिक्षणामध्ये प्रशिक्षित झालेल्या अधिकारी/कर्मचारी यांच्यावर जिल्ह्यातील ग्रामस्तरापर्यंतच्या यंत्रणेच्या प्रशिक्षणाची जबाबदारी असेल.

१३. IM-SAM संबंधीचे प्रशिक्षण प्राथमिक आरोग्य केंद्र / उप जिल्हा / जिल्हा रुग्णालयातील अधिकारी व कर्मचारी यांना संचालक आरोग्य सेवा देतील व प्रशिक्षणासाठी युनिसेफ आणि मिशन त्यांना सहकार्य करतील. हा शासन निर्णय निर्गमित झाल्याच्या दिनांकापासून एक महिन्याच्या आत IM-SAM चे प्रशिक्षण पूर्ण करण्याची जबाबदारी आरोग्य संचालकांची राहील.

१४. राज्यस्तरावर **ग्राम बाल विकास केंद्राच्या** अंमलबजावणीची आणि संनियंत्रणाची संपूर्ण जबाबदारी आयुक्त, एबाविसेयो यांची असेल आणि ग्राम बाल विकास केंद्रातील आरोग्य सेवेची जबाबदारी संचालक आरोग्य सेवा यांचेवर राहील.

१५. राज्यस्तरावर **बाल विकास केंद्राच्या** अंमलबजावणीची आणि संनियंत्रणाची संपूर्ण जबाबदारी संचालक आरोग्य सेवा यांची असेल.

१६. विभागीय आयुक्त, महापालिका आयुक्त, जिल्हाधिकारी, मुख्य कार्यकारी अधिकारी जिल्हा परिषद आणि उप संचालक (आरोग्य) हे नियमितपणे ग्राम बाल विकास केंद्र आणि बाल विकास केंद्राचा आढावा घेतील.

ग्राम बाल विकास केंद्राची पूर्वतयारी बाबतच्या सूचीचे परिशिष्ट-१ सोबत जोडले आहे.

महाराष्ट्राचे राज्यपाल यांच्या आदेशानुसार व नावाने.

(वंदना कृष्णा)
सचिव व आयुक्त
आरोग्य व कुटुंब कल्याण विभाग
महाराष्ट्र शासन

(संजय चहांदे)
सचिव
महिला व बाल विकास विभाग
महाराष्ट्र शासन

प्रति,

१. मा. राज्यपालांचे सचिव, राजभवन, मुंबई
२. मा.मुख्यमंत्र्यांचे प्रधान सचिव, मंत्रालय, मुंबई
३. मा.उपमुख्यमंत्र्यांचे प्रधान सचिव, मंत्रालय, मुंबई
४. मा.मंत्री / राज्यमंत्री, महिला व बाल विकास यांचे खाजगी सचिव, मंत्रालय, मुंबई
५. सर्व मंत्री / राज्यमंत्री यांचे खाजगी सचिव, मंत्रालय, मुंबई
६. मा.मुख्य सचिव,मंत्रालय, मुंबई
७. अप्पर मुख्य सचिव, सार्वजनिक आरोग्य विभाग, मंत्रालय, मुंबई
८. महासंचालक, राजमाता जिजाऊ माता-बाल, आरोग्य व पोषण मिशन, औरंगाबाद.
९. सचिव व आयुक्त, आरोग्य व कुटूंब कल्याण विभाग मंत्रालय, मुंबई.
१०. सचिव, नगर विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
११. सचिव, आदिवासी विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
१२. सचिव, ग्राम विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
१३. सचिव, महिला व बाल विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई.
१५. महासंचालक, माहिती व जनसंपर्क संचालनालय, मंत्रालय, मुंबई
१६. आयुक्त, एकात्मिक बाल विकास सेवा, नवी मुंबई.
१७. आयुक्त, आदिवासी विकास, नाशिक.
१८. कुलगूरु, महाराष्ट्र आरोग्य विज्ञान विद्यापीठ, दिंडोरी रोड, नाशिक.
१९. राज्यसमन्वयक (पी.पी.एम.यु.) , महिला व बाल विकास मंत्रालय, मुंबई

२०. विभागीय आयुक्त (सर्व)

२१. ग्रंथपाल, महाराष्ट्र विधानमंडळ सचिवालय ग्रंथालय, विधान भवन, मुंबई

२२. संचालक, आरोग्य सेवा, मुंबई.

२३. संचालक, राष्ट्रीय ग्राम आरोग्य मिशन, आरोग्य भवन, मुंबई.

२४. अधिष्ठाता, सर्व वैद्यकीय महाविद्यालय (शासकीय/खाजगी)

२५. अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा, कुटूंब कल्याण भवन, पुणे.

२६. आयुक्त, महानगरपालिका (सर्व)

२७.जिल्हाधिकारी (सर्व)

२८. उप संचालक आरोग्य सेवा, प्रादेशीक मंडळ (सर्व)

२९. मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा परिषद, (सर्व)

३०. जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद (सर्व)

३१. उप मुख्य कार्यकारी अधिकारी (बाल विकास), जिल्हा परिषद (सर्व)

३२. जिल्हा शल्यचिकित्सक (सर्व)

३३. मुख्याधिकारी, नगरपालिका व नगर परिषद.

३४.सर्व बाल विकास प्रकल्प अधिकारी (नागरी /ग्रामीण आदिवासी प्रकल्प)(आयुक्त, एबाविसेयो, नवी मुंबई यांचे मार्फत)

३५.(कार्यासन ०५) निवड नस्ती.

परिशिष्ट-१

ग्राम बालविकास केंद्राची पूर्वतयारी सूची

अ.क्र.	पुर्व तयारीचे मुद्दे
१	ग्राम बाल विकास केंद्राच्या स्थळाची निवड
२	निवड केलेल्या अंगणवाडी केंद्राची किरकोळ डागडूजी, रंगरंगोटी, अंतर्गत व परिसर स्वच्छता आणि सुशोभीकरण
३	निवड केलेल्या अंगणवाडी केंद्राच्या कार्यकर्तीचे प्रशिक्षण
४	बालकांची लांबी/उंची मोजण्यासाठी सेंटीमिटर पट्टी आणि गुण्याची उपलब्धता
५	बालकांचे वजन मोजण्यासाठी वजनकाटयाच्या अचुकतेची खात्री
६	पर्यवेक्षिका एबाविसेयोने बालकांची केलेली प्राथमिक निवडसुची
७	वैद्यकिय अधिकारी यांनी बालकांची केलेली अंतिम निवडसुची
८	निवड केलेल्या बालकांच्या पालकांची मानसिकता तयार करणे
९	निवड केलेल्या बालकांची वैद्यकिय अधिका-यामार्फत आरोग्य तपासणी
१०	निवड केलेल्या बालकांचे, पालकांचे व कर्मचा-यांचे डी-वर्मींग (जंतनाशन)
११	अंगणवाडी कार्यकर्तीकडे बालक संख्येच्या प्रमाणात अग्रीम रोखीची उपलब्धता
१२	अंगणवाडी कार्यकर्तीकडे बालक संख्येच्या प्रमाणात सर्व औषधीची उपलब्धता
१३	अमायलेजयूक्त पीठ तयार करणे
१४	बाळ कोपरा तयार करणे
१५	खेळणीची उपलब्धता करणे
१६	बालकनिहाय वय - वजन -उंचीचा तक्ता
१७	बालकनिहाय औषधीमात्रेचा तक्ता